

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

520

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 Juillet 1898, à 9 heures

Par MARCELIN LAFON

Né à Saint-Illide (Cantal), le 31 janvier 1871

DE LA GÉNÉRALISATION

ET

DE L'ABSENCE DES SYMPTÔMES URINAIRES

Dans les Tumeurs de la Vessie

Président : M. CORNIL, professeur.

Jugés : MM. BLANCHARD, professeur.

RETTERRER et MENETRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 Juillet 1898, à 9 heures

Par MARCELIN LAFON

Né à Saint-Ilhde (Cantal), le 31 janvier 1871

DE LA GÉNÉRALISATION

ET

DE L'ABSENCE DES SYMPTÔMES URINAIRES

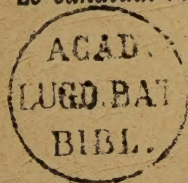
Dans les Tumeurs de la Vessie

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. BLANCHARD, professeur.

RETTERER et MENETRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTÉMESSE.
	{	POTAIN.
		JACCOUD.
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
	{	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		PANAS.
Clinique ophthalmologique.....		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BUDIN.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
AGHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDER.	LEJARS.	SEBILLEAU.
EAB.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA YOUNETTE.	ques.	
	REITERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MÈS PARENTS

MEIS ET AMICIS

AU DOCTEUR BRAULT

Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique
Médecin des Hôpitaux

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR HANOT

AU DOCTEUR PAUL RECLUS

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Que M. le docteur BRAULT, qui nous a inspiré
cette thèse et qui nous a prodigué ses conseils, veuille
bien accepter tous nos remerciements pour les nom-
breux services qu'il nous a rendus.*

*Nous prions M. le professeur CORNIL, d'agréer
nos humbles remerciements pour le grand honneur qu'il
nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.*

DE LA GÉNÉRALISATION
ET DE L'ABSENCE DES SYMPTÔMES URINAIRES
Dans les Tumeurs de la Vessie

I

Les tumeurs de la vessie, connues depuis longtemps n'ont été bien étudiées que dans ces vingt dernières années. Les opérations hardies de Billroth et de Wolkman donnèrent l'impulsion. Simon et Thompson, le premier par la dilatation de l'urèthre chez la femme, le second par la création de la boutonnière périnéale chez l'homme apportèrent une nouvelle méthode d'investigation : l'exploration directe de la vessie. M. le professeur Guyon et ses élèves, Bazy, Féré, Pousson, Albarran, etc., ont rendu facile le diagnostic de ces tumeurs, grâce à l'analyse minutieuse des symptômes. Enfin la cystoscopie préconisée par Nitze est venu lever le doute dans les cas difficiles.

C'est à ces auteurs que l'on doit de bien connaître la symptomatologie des néoplasmes vésicaux. Le diag-

nostic en est généralement facile et se base sur des troubles fonctionnels et des signes physiques.

Parmi les troubles fonctionnels, le *pissement* de sang, est de beaucoup le plus important et le plus constant. Cette hématurie bien étudiée par M. le professeur Guyon se présente avec des caractères spéciaux qui permettent de la différencier des hématuries symptomatiques d'autres lésions vésicales ou rénales. « Elle est capricieuse », apparaît ou disparaît spontanément sans cause appréciable, n'est pas modifiée par le repos ni le mouvement. Généralement abondante, elle est remarquable par sa répétition. Le sang est rouge vif, rutilant, surtout à la fin des mictions. Parfois il se prend en caillots dans le réservoir urinaire et peut ainsi devenir le point de départ de phénomènes douloureux et de troubles dans la miction.

La *douleur* est très variable. Nulle dans certains cas, elle acquiert dans d'autres une grande intensité. Elle est due : tantôt à l'action de la tumeur sur les terminaisons nerveuses de la vessie, tantôt à la présence de caillots sanguins dans le réservoir urinaire ; le plus souvent à la cystite qui vient compliquer la maladie.

La fréquence de la *cystite* dans les néoplasmes vésicaux, est telle qu'elle doit être considérée, non comme une complication, mais comme un symptôme. Précoce elle peut marquer le début de la maladie, mais en général, elle survient à une période plus tardive.

Les *troubles de la miction*, tels que fréquence, incontinence, rétention, difficulté sont sous la dépendance,

soit de la cystite, soit de la tumeur vésicale, soit de caillots sanguins apportant un obstacle mécanique à l'émission de l'urine.

Enfin on peut retirer d'utiles renseignements de l'*examen* minutieux *des urines*. Leur abondance, leur couleur, leur odeur, l'examen microscopique des substances qu'elles contiennent peuvent mettre sur la voie du diagnostic. La constatation de parcelles néoplasiques est un signe de certitude.

Tels sont les principaux symptômes des tumeurs vésicales. Leur constatation suffit souvent pour « affirmer l'existence d'un néoplasme des voies urinaires, mais seul l'examen physique peut autoriser à préciser le siège vésical de la tumeur. »

Il y a quatre modes d'exploration qui isolés ou combinés permettent de préciser le diagnostic.

Le moins important de tous est le *cathétérisme* explorateur. Il ne fournit que quelques renseignements sur la vacuité, la sensibilité de la vessie. Quelquefois il donne à la main qui explore une sensation de mollesse pateuse. D'ailleurs, il doit être pratiqué avec prudence à cause des hémorragies qu'il peut provoquer.

Plus utiles sont les données fournies par le *toucher rectal* ou *vaginal*, combiné au palper abdominal. On peut saisir la vessie entre les deux mains, en apprécier la consistance, l'épaisseur, se rendre compte de la plénitude ou de la vacuité de sa cavité, et parfois sentir une infiltration plus ou moins étendue de ses parois. Le petit volume de la tumeur, l'épaisseur de la paroi

abdominale, peuvent induire en erreur. Il faut alors recourir à d'autres procédés.

Le *toucher intra-vésical*, par le procédé de Simon chez la femme, et par la boutonnière périnéale chez l'homme donne des renseignements plus certains. Il permet l'exploration directe de la tumeur. Sa forme, sa consistance, son volume, son mode d'implantation sont facilement déterminés..

Enfin l'*examen cystoscopique*, lorsqu'il est applicable, est celui qui donne les meilleurs résultats. C'est la vue directe de la muqueuse vésicale. Les moindres saillies, les plus légers suintements de sang sont appréciables. La cystoscopie renseigne non seulement sur l'état de la muqueuse vésicale mais encore sur l'intégrité plus ou moins parfaite des voies urinaires supérieures.

Si grâce à ces signes et à ces symptômes le diagnostic de tumeur vésicale est en général facile, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de déterminer la nature du néoplasme. L'âge du malade, l'évolution, la consistance, l'aspect extérieur de la tumeur, l'examen microscopique de parcelles expulsées permettent dans un petit nombre de cas de résoudre ce problème. Le plus souvent on échoue et le doute subsiste. D'ailleurs il est fréquent de voir les tumeurs vésicales évoluer pendant longtemps comme des néoplasmes bénins, puis changer de nature et offrir tous les caractères symptomatiques et microscopiques de la malignité. Cliniquement « toute tumeur vésicale est maligne ou peut le devenir » (Albarran).

En pratique, ce qu'il importe de bien connaître : ce sont les connexions qui existent entre la vessie et les tumeurs. Celles-ci doivent, à ce point de vue, être divisées en deux catégories : d'un côté les tumeurs pédiculées ; de l'autre, les tumeurs infiltrées. Les premières, rattachées à la vessie par un mince pédicule, se développent surtout dans la cavité de cet organe n'ont aucune tendance à gagner les parois en profondeur et ne dépassent pas en général la muqueuse. Elles sont d'un pronostic favorable. Les secondes se distinguent des précédentes par de larges et profondes adhérences aux parois vésicales. Elles gagnent en profondeur et en largeur et infiltrent les diverses tuniques de la vessie. Ce sont des tumeurs malignes.

Au point de vue clinique quelques particularités distinguent les néoplasmes vésicaux.

Tout d'abord ce qui fait la gravité de ces tumeurs ce n'est pas tant leur nature maligne que les complications auxquelles elles donnent lieu. L'hématurie par son abondance et sa répétition peut mettre rapidement la vie du malade en danger. Les lésions rénales : hydronéphrose, pyonéphrose, néphrite simple ou suppurée, l'infection urinaire, favorisée par les pertes de sang répétées, les accidents urémiques, etc., sont des causes fréquentes de mort rapide. La cachexie cancéreuse ne s'observe que très rarement.

Un autre fait bien connu est la facilité avec laquelle récidivent ces tumeurs, après ablation. Dans une des cliniques de 1897. M. Albarran donne les chiffres

suivants : tumeurs bénignes : 14 pour 100 au lieu de 19 pour 100 en 1892 ; tumeurs malignes : 31 pour 100 au lieu de 50 pour 100 en 1892.

On a donné de ce fait plusieurs raisons, une extirpation incomplète de la masse néoplasique et sa reproduction sur place ; la présence autour de la tumeur principale, de petits noyaux secondaires passés inaperçus et continuant à se développer après l'opération. Ailleurs on incrimine une véritable greffe néoplasique : la muqueuse de la paroi vésicale opposée à la tumeur et en contact fréquent avec elle, finirait par se laisser envahir et deviendrait ainsi cause de récurrence, après extirpation de la première masse. Enfin dans quelques cas, une exploration attentive de toute la muqueuse vésicale, a fait reconnaître une tumeur unique, infiltrant légèrement les parois, encore peu étendue, localisée, facilement opérable ; on pratique une ablation large et généreuse sans craindre d'empiéter sur les tissus sains, et pourtant on voit la récurrence se produire. On accuse alors l'*infiltration larvée*. M. le professeur Guyon donne ce nom à l'existence d'éléments néoplasiques, situés loin de la tumeur principale, dont ils sont séparés par du tissu sain, et formant de petits nodules secondaires, non appréciables à la vue, ou au toucher, mais dont l'existence serait démontrée par l'examen microscopique. Cette infiltration larvée n'est en somme qu'un premier degré de généralisation. C'est l'infection de l'organe précédant celle de l'organisme ou coïncidant avec elle.

Une autre particularité intéressante des tumeurs

vésicales, c'est le peu de tendance qu'elles ont à envahir les autres organes. Nous parlons non seulement des néoplasmes bénins, pédiculisés, « cavitaires » (Guyon) qui eux ont une vie toute locale, sans aucune tendance à l'envahissement, mais aussi des tumeurs malignes telles que sarcomes, épithéliomas, carcinomes. On ne voit que très rarement, dans le cancer de la vessie, ces tumeurs volumineuses occupant le pelvis, adhérentes au squelette, qu'on rencontre si souvent dans les néoplasmes de la prostate.

De même l'engorgement des ganglions lymphatiques serait peu fréquent. En 1881, M. Féré a pu écrire dans son remarquable livre, du *Cancer de la Vessie* : « On trouve à peine une dizaine de cas dans lesquels l'engorgement des ganglions lymphatiques soit signalé. » Trois ans plus tard la thèse de Pousson vient appuyer cette opinion. Dans ses premières cliniques sur les néoplasmes de la vessie, M. le professeur Guyon a insisté aussi sur l'absence de ganglions. Pourtant, durant ces dernières années, une opinion diamétralement opposée a surgi. C'est M. Albarran qui la défend. Dans son très intéressant traité des *Tumeurs de la vessie*, il rapporte les résultats de dix-sept autopsies pour cancer de cet organe et dans lesquelles il a recherché la dégénérescence cancéreuse des ganglions. Il les a trouvés engorgés onze fois. Dans six cas, les tumeurs n'avaient pas dépassé la limite de la vessie et une fois même la muqueuse seule paraissait être prise. D'après M. Albarran, l'engorgement ganglionnaire serait beaucoup plus fréquent

qu'on ne le croit, et si on le rencontre rarement en clinique, cela tient à ce que les ganglions sont peu développés et qu'ils sont cachés et comme perdus au milieu du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux hypogastriques.

M. Clado est revenu sur cette question en 1895. Il taxe de pessimistes les conclusions de M. Albarran. Sur deux cent cinquante cas de tumeurs vésicales, il n'aurait observé la dégénérescence ganglionnaire que quatre fois, alors que le néoplasme n'avait pas dépassé les parois vésicales. Il fait en outre valoir un argument clinique : les nombreux cas de guérison définitive, observés après ablation des tumeurs, ce qui ne saurait se comprendre si les ganglions étaient déjà pris. En 1897, M. le professeur Guyon, dans une de ses cliniques, a repris cette importante question. Il a examiné les nombreuses pièces conservées dans son musée. Sur 56 tumeurs il a trouvé les ganglions pris 15 fois et encore a-t-il soin de faire remarquer que dans beaucoup de cas les ganglions n'avaient été ni conservés, ni mentionnés dans les autopsies. Il en arrive à cette conclusion qui confirme pleinement les idées de M. Albarran : « la propagation ganglionnaire est fréquente dans les néoplasmes infiltrés. »

Quant à la généralisation, aux métastases viscérales, si fréquentes dans les cancers des autres organes, on ne la rencontrerait que très rarement dans les tumeurs de la vessie. Sur ce point tous les auteurs sont d'accord. En 1881, Féré n'a pu en réunir que 6 cas. M. le professeur Guyon s'exprime ainsi en parlant de la

généralisation : « Il est tout à fait exceptionnel de voir les tumeurs de la vessie amener la mort par infection de l'organisme. » M. Albarran qui rapporte plus de 300 observations de tumeurs vésicales n'en cite que quelques exemples et conclut en disant : « Les faits de généralisation sont rares dans le cancer de la vessie. » M. Clado émet une opinion semblable. D'ailleurs le diagnostic de ces métastases est exceptionnel en clinique et la plupart des faits connus ont été des trouvailles d'autopsie. Un cas de ce genre, observé chez M. le docteur Brault, à l'hôpital Tenon, nous a paru instructif et nous a engagé à étudier cette question de la généralisation dans les tumeurs vésicales. En outre, le malade porteur de cette lésion n'ayant présenté aucun symptôme pouvant faire penser à une affection des voies urinaires, nous ajouterons quelques mots sur l'évolution latente des cancers de la vessie.

Nous ne parlerons, bien entendu, que des tumeurs primitives de la vessie, et nous laisserons de côté les noyaux cancéreux secondaires développés dans cet organe, dont le seul intérêt est de constituer une complication fâcheuse. De même, sous le nom de tumeurs vésicales, nous n'aurons en vue, que les néoplasmes dérivés de l'épithélium et du tissu conjonctif de la vessie, qui seuls ont tendance à récidiver, et nous ne nous occuperons pas des tumeurs hétérotopiques ou d'origine parasitaire, dont l'existence est toute locale.

II

La rareté de la généralisation dans les tumeurs vésicales étant admise, il faut se] demander tout d'abord à quoi elle est due. Des explications de valeur bien différente en ont été données.

La plus ancienne, que M. le professeur Guyon a adoptée et développée dans une de ses cliniques, s'appuyerait sur une particularité normale de l'anatomie de la vessie. D'après les recherches de Sappey, les diverses tuniques de cet organe seraient dépourvues de vaisseaux lymphatiques, ce qui expliquerait l'habituelle préservation de l'économie, en cas de néoplasie vésicale. A cet argument d'ordre anatomique, on en ajoutait d'autres fournis par la physiologie et la clinique. La vessie étant un simple réservoir, ne devait avoir ni glandes capables de modifier l'urine ni lymphatiques pouvant absorber ce liquide. Aussi était-elle tapissée d'un épithélium qui s'opposait à tout échange entre le contenu de sa cavité, et le reste de l'organisme. Enfin, la clinique venait corroborer cette hypothèse en montrant l'absence d'engorgements ganglionnaires dans les inflammations vésicales.

Cette théorie a été réfutée dans tous ses points par

M. Albarran. Les lymphatiques de la vessie niés par Sappey, avaient été admis mais non décrits par Cruveilhier. En Angleterre, Quain les mentionne, et M. et M. Hoggan en font dès 1882 une description bien détaillée (*Journal of anatom, and physiolog.*). En Allemagne, leur description est classique et se trouve dans tous les livres. Tout dernièrement M. Albaran et M. le docteur Lluria ont réussi à les imprégner au nitrate d'argent, de sorte qu'aujourd'hui l'existence des lymphatiques vésicaux ne saurait être contestée.

La barrière opposée aux substances liquides par l'épithélium vésical n'est pas aussi infranchissable qu'on veut bien le dire. Une simple éraillure, une légère desquamation, une altération quelconque suffit pour permettre l'absorption des liquides. M. Bazy prétend même avoir démontré la possibilité pour la muqueuse vésicale saine, d'absorber certaines substances salines. Quoique la vessie remplisse le rôle de réservoir, ses parois n'en contiennent pas moins du tissu conjonctif, et l'on connaît aujourd'hui les rapports de ce dernier avec les lymphatiques. La clinique fournit aussi ses arguments. L'existence de la péricystite ne saurait se comprendre sans une migration des microbes, à travers les espaces lymphatiques des parois vésicales; et si dans les inflammations de la vessie, les ganglions étaient peu observés, c'est qu'on les recherchait d'une façon insuffisante.

Après avoir réfuté la théorie précédente, M. Albarran donne deux raisons pour expliquer la rareté de la généralisation dans les tumeurs vésicales : 1° Le mode de

développement de ces néoplasmes ; 2° Le mécanisme de la mort chez les malades atteints de cette affection.

« Dans la vessie un grand nombre de tumeurs épithéliales atypiques présentent pendant longtemps les apparences d'un simple papillome. » Puis sans raison, sans cause appréciable, elles changent de nature et prennent tous les caractères de la malignité. Cette transformation de tumeurs bénignes en néoplasmes malins n'est pas spéciale à la vessie. M. Ricard, dans sa thèse inaugurale en 1885, a donné de nombreux exemples de cette transformation observés dans toutes les régions du corps, et tout le monde connaît les « *noli me tangere* » des anciens auteurs et l'évolution des adénomes du sein. M. Pousson, dans un article paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885, appliqua cette théorie aux tumeurs vésicales. Depuis les observations cliniques ont parlé dans le même sens. La longue évolution de certains cancers vésicaux (et M. le professeur Guyon en a observés dont la durée n'a pas été inférieure à vingt et même à trente ans) ne peut s'expliquer que par cette transformation survenant à une époque indéterminée. Enfin l'examen microscopique est venu confirmer ce qu'enseignait la clinique. Les observations sont nombreuses où une tumeur vésicale extirpée, et dont la nature bénigne a été reconnue au microscope, a récidivé sous forme de néoplasme malin ou même s'est généralisée d'emblée (notre observation II en est un remarquable exemple). Cette transformation une fois

opérée, l'évolution des tumeurs vésicales devient celle de toute tumeur maligne. On peut alors voir des métastases se produire, à moins que des complications intercurrentes n'emportent trop rapidement le malade.

Malheureusement ces complications sont pour ainsi dire la règle. Les hématuries abondantes et répétées produisent une anémie profonde, une débilité générale de l'organisme et peuvent causer une mort rapide. Les lésions rénales dues tantôt à des obstacles mécaniques apportés à l'excrétion de l'urine, tantôt à des invasions microbiennes ; l'infection urinaire et la septicémie d'autant plus à craindre que le malade est plus affaibli, peuvent provoquer un dénouement fatal avant que la néoplasie ait eu le temps d'évoluer, c'est-à-dire avant la formation de noyaux métastatiques. Pour faire mieux comprendre sa pensée, M. Albarran compare très judicieusement les cancers de la vessie à ceux du larynx et en fait ressortir les analogies. Là aussi, les métastases sont rares, et les complications fréquentes. Si l'on n'intervient pas de bonne heure, la mort arrive non pas par cachexie cancéreuse, mais par obstruction des voies respiratoires ou infection des poumons.

Si telle est la vérité, on ne rencontrera l'infection à distance dans les tumeurs de la vessie que dans la dernière période de leur évolution, et dans les cas où aucune complication intercurrente ne sera venu trop tôt mettre fin aux jours du malade. Cette opinion est partagée par le Dr E. M. Oberlaender de Dresde : « Des

métastases dans d'autres organes se produisent seulement après une longue existence du carcinome, » a-t-il écrit en parlant des néoplasmes vésicaux dans une lettre adressée à M. Clado, et publiée par celui-ci dans son livre sur les *Tumeurs de la vessie*. De fait, les observations cliniques et les résultats nécropsiques confirment pleinement cette manière de voir. Dans quelques-unes de nos observations où le mécanisme de la mort est indiqué, on pourra voir la généralisation coïncider avec une absence de complications et une mort due à la cachexie cancéreuse, ou aux troubles fonctionnels des nouveaux organes envahis.

On comprend toute l'importance de cette constatation au point de vue du traitement. Si les tumeurs vésicales restent localisées, pendant un temps fort long avant de se généraliser, on peut espérer, par une extirpation précoce, faire une cure radicale et en débarrasser l'organisme à tout jamais. Cette guérison définitive a été obtenue dans bon nombre de cas, surtout lorsqu'il s'agissait de tumeurs bénignes, franchement pédiculées, n'infiltrant pas les parois vésicales et opérées de bonne heure. Quant aux tumeurs malignes, infiltrant profondément les diverses couches de la vessie, malgré une opération précoce, on voit souvent la guérison se maintenir pendant plusieurs mois, pendant un ou deux ans, puis au bout de ce temps surviennent des hématuries, des troubles de la miction qui indiquent une récurrence du néoplasme. Dans des cas très rares, il est vrai, la tumeur, au lieu de récidiver sur place, se généralise d'emblée. L'orga-

nisme était infecté par la néoplasie avant l'opération. Les deux observations suivantes de M. Albarran en sont des exemples frappants.

OBSERVATION I

(Albarran. — *In Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897. — Page 797).

(Généralisation au cervelet)

Homme de 38 ans, opéré en janvier 1892 d'un épithélioma sessile de la vessie, siégeant en arrière de la ligne inter-urétérale, un peu sur la droite et qui atteignait le volume d'un marron. Je fis la résection de toute l'épaisseur de la paroi vésicale et je fermai complètement le réservoir. Ce malade guérit par première intention et partit pour la province. J'appris plus tard que ce malade mourut six mois après l'opération d'une *tumeur cérébrale* inconnue. Aucun symptôme urinaire depuis l'opération. Les symptômes de *tumeur du cervelet* furent typiques : somnolence, vomissements, vertiges rotatoires, etc. Il est probable qu'il s'est agi dans ce cas d'une généralisation de l'épithélioma vésical infiltré.

OBSERVATION II

(Albarran. — *Tumeurs de la vessie*, n° 9).

(Généralisation aux poumons.)

Jeune homme de 26 ans ayant subi la taille hypogastrique pour

des papillomes multiples de la vessie. Ces papillomes furent enlevés au galvano-cautère. Le malade sort guéri.

La tumeur enlevée examinée au microscope offre les caractères d'un polype.

Le malade avait eu des hémorrhagies abondantes. Dans sa vessie il y avait huit tumeurs semblables. Elles étaient pédiculisées.

Généralisation deux ans après. A l'autopsie on ne trouve rien dans la vessie, mais des noyaux cancéreux dans les *poumons*.

Cette dernière observation est remarquable pour deux raisons. Tout d'abord il s'agissait d'une tumeur essentiellement bénigne. Sa constitution histologique, son mode d'implantation, la précocité de l'opération, tout faisait espérer une guérison définitive qui malheureusement ne s'est pas maintenue. De plus la généralisation ne s'est produite que deux ans après. C'est là un fait très important et qui nous montre la réserve dont on doit faire preuve lorsqu'il s'agit de proclamer guérie une tumeur vésicale enlevée.

Ces généralisations non accompagnées de récurrence sont des raretés. En général les choses se passent autrement. La tumeur récidive sur place, elle infiltre petit à petit les diverses couches de la vessie, en dépasse les limites, envahit les organes voisins et produit des engorgements ganglionnaires et des métastases. Il est facile de suivre ce mécanisme dans les exemples suivants :

OBSERVATION III

(Watson. — *Boston medical and surgical journal*, october 1884.
Résumée par Pousson dans *Annales de Guyon*).

(*Propagation au bassin. — Noyaux secondaires au poumon.*)

Homme âgé de 60 ans. Début de la maladie remontant à 6 ans. Au commencement le malade rendit deux petits calculs. Peu après hématuries, puis mictions fréquentes et douloureuses surtout la nuit. Tous les troubles s'exagèrent par le repos. A la sonde et à la palpation on constate un léger épaissement de la vessie.

Boutonnière périnéale : grattage avec la curette et le doigt. L'opération dure une heure. Le malade a une hémorrhagie très abondante qui l'affaiblit considérablement.

Au bout de 13 jours, le malade était sur pied bien qu'il ait eu de l'infiltration d'urine par suite de la fermeture trop prompte de la plaie périnéale.

Deux mois après il succombait à la généralisation du néoplasme.

A l'autopsie on trouva un carcinome villeux primitif de la vessie occupant le tiers de la surface de l'organe et ayant profondément envahi la couche musculieuse. Les os du bassin, la tête et le col du fémur étaient dégénérés et des nodules néoplasiques avaient même envahi le *poumon*.

L'examen des débris expulsés par des lavages avait démontré qu'il s'agissait d'un papillome. Après la mort on reconnut qu'il s'agissait d'un carcinome villeux.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Morrant Baker. — *The Lancet*, 1886, tome I, p. 737).

(*Propagation au rectum. — Noyaux secondaires dans la plèvre et le foie*).

J. S..., âgé de 55 ans, entre à l'hôpital le 11 septembre 1884. Il présente des troubles de la miction depuis 6 ans. Deux semaines avant son entrée il avait eu des hématuries abondantes. Actuellement : mictions fréquentes et douloureuses, ni goutte, ni syphilis, ni rhumatisme. Urines alcalines contenant du sang et de l'albumine: pas de sucre. Prostate légèrement saillante à gauche. On ne trouve pas de calcul vésical.

23 septembre. — Défécation et mictions douloureuses. Le malade ne peut conserver ses urines plus de 2 heures.

6 octobre. — Peu de sang dans l'urine. Un cathétérisme pratiqué après une miction amène deux onces de sang.

Les urines contiennent du pus, du sang, des cellules épithéliales de la vessie; on n'y trouve pas de parcelles néoplasiques.

11 octobre. — Baker fait une incision périnéale. Le doigt, introduit dans la vessie, rencontre une tumeur de la grosseur d'une orange, à base large quoique un peu rétrécie. Ablation de ce néoplasme dont la base infiltre les parois vésicales.

17 octobre. — Etat général bon. La douleur est moindre qu'avant l'opération.

27 octobre. — Le malade se lève. Il est bien mieux qu'avant. Il ne ressent qu'une légère et courte douleur après la miction. Il reste encore un peu de sang dans les urines. Celles-ci s'écoulent par l'urèthre.

7 novembre. — Le toucher rectal fait reconnaître une induration étendue de la prostate. Douleurs à l'hypogastre.

11 novembre. — Le malade sort de l'hôpital. Il urine par

l'urèthre et se plaint de douleurs pendant et après la miction et la défécation.

29 novembre. — Le malade revient à l'hôpital. Il éprouve des symptômes analogues à ceux qu'il présentait avant l'opération. On sent très nettement une induration au niveau de la vessie et une tumeur dans le périnée.

Le passage d'une sonde devient de plus en plus difficile. La tumeur du périnée s'étend en avant du côté de la racine de la verge et en arrière vers le rectum.

Après examen fait sous chloroforme, Baker refuse de pratiquer une nouvelle intervention pour cure radicale à cause de l'extension prise par le néoplasme.

1^{er} janvier 1885. — Taille sus-pubienne et drainage de la vessie. Sous l'influence de cette opération palliative le malade se rétablit un peu.

Le 16 janvier. — Il ne peut plus supporter le drain vésical. On l'enlève et on met un pansement absorbant sur la plaie.

Le malade s'affaiblit lentement et meurt le 19 janvier.

Autopsie. — On trouve deux noyaux sarcomateux dans la *plèvre* droite et deux autres dans le *foie*. La vessie était remplie à sa partie supérieure par une tumeur volumineuse qui infiltrait ses parois antérieures latérales et son bas-fond. Par son extension elle avait envahi le rectum et déterminé la formation d'une fistule recto-vésicale. Les uretères étaient un peu distendus. Leurs orifices vésicaux étaient en partie obstrués par la tumeur. Le bassin gauche contenait du pus fétide.

Comme on le voit, la généralisation coïncide ici avec une récurrence. On pourrait en multiplier les exemples. Mais ces noyaux métastatiques n'offrent plus aucun intérêt. On peut en effet les attribuer, non à la tumeur vésicale, mais à la dégénérescence néoplasique des organes voisins, et dès lors ils peuvent se montrer très fréquemment. Nous les laisserons de côté

et nous passerons à un troisième mode de généralisation : celui qu'on observe dans les tumeurs n'ayant pas franchi les parois vésicales, opérées ou non opérées.

On voit tout de suite l'importance de cette dernière catégorie de faits. Les noyaux métastatiques se présentent dans des conditions telles qu'une opération semble encore possible et qu'on serait tenté de faire une cure radicale. Il est donc de la plus haute importance de pouvoir les diagnostiquer. L'examen minutieux de tous les organes, l'interprétation rationnelle des symptômes observés permettent parfois de faire le diagnostic de bonne heure. En général il n'en est pas ainsi, les noyaux secondaires se développent sans bruit, sans signes et ne sont reconnus qu'à l'autopsie. La généralisation est en effet une complication tardive des néoplasmes vésicaux. Elle apparaît lorsque les parois vésicales sont infiltrées depuis longtemps et profondément. Aussi ne la rencontre-t-on que rarement.

Pour rare qu'elle soit, cette généralisation a été observée. En compulsant la littérature médicale, on en trouve un certain nombre de cas. Nous allons rapporter les plus importants, mentionner les autres. Nous ajouterons quelques observations nouvelles, et nous tâcherons d'en tirer quelques conclusions pratiques.

OBSERVATION V

(Cruveilhier. — *Gazette des hôpitaux*, 1844, page 211.)

(Généralisation au Foie.)

Le 16 septembre 1845, Lemoine Constant, boulanger, âgé de 58 ans, se présente à la Charité. C'est un homme d'une constitution passable qui s'est bien porté toute sa vie. Il dit seulement avoir eu deux pleurésies dont il ne lui reste rien. A l'âge de 18 ans, il a contracté une blennorrhagie qu'il a conservée pendant un an sans y rien faire. Elle a guéri seule. Il nous a assuré n'avoir jamais eu d'autre maladie syphilitique.

Trois mois avant son entrée, il commença à uriner du sang. Il n'éprouva aucune douleur, ni dans la région lombaire, ni dans l'hypogastre, le sang qu'il rendait était mélangé à l'urine. Souvent des caillots s'échappaient. C'est même ainsi d'après lui, qu'aurait débuté l'hématurie.

Il remarqua aussi que l'urine s'arrêtait par moment, que le jet plein d'abord, s'arrêtait tout à coup, mais seulement lorsqu'il avait presque fini d'uriner ; du reste les dernières portions de liquide ne tardaient pas à recommencer à couler. Il dit n'avoir jamais éprouvé de symptômes généraux, ni fièvre, ni chaleur, ni soif depuis le commencement de sa maladie.

Cependant, bien qu'il ne fût pas réellement malade, il sentait qu'il n'était pas complètement dans son état habituel. Depuis quelques mois, il y a des temps où il ne mange pas comme à l'ordinaire ; pourtant la défécation a lieu régulièrement à peu près chaque jour. Depuis une quinzaine il a pris de la toux et de l'enrouement. Il nous a avoué qu'il avait l'habitude de s'enivrer quelquefois.

Aujourd'hui 17 septembre, il ne souffre pas plus que depuis le commencement de sa maladie. La main portée le long de la

colonne vertébrale et principalement dans la région lombaire ne lui fait éprouver aucune douleur, même avec une forte pression. L'hypogastre ne paraît pas plus sensible ; le périnée est aussi indolent. Depuis quelques jours, il a un peu plus de difficulté à uriner. Il lui faut faire des efforts assez grands et assez souvent il ne peut parvenir à expulser ses urines.

Il assure ne pas sentir de pesanteur dans le bassin. L'urine de cet homme est fortement chargée de sang ; elle est d'une coloration tellement intense qu'on la prendrait presque pour du sang pur.

Le 20, rien n'est changé, seulement il y a une diminution notable dans la coloration de l'urine.

Le 28, l'urine a repris ses premiers caractères. On administre les astringents : décoction de ratanhia : pilules d'alun et de ratanhia. On applique deux cautères sur les côtés de la colonne vertébrale dans la région des reins.

Pendant les mois d'octobre et de novembre, aucune espèce de changement ne se manifeste dans l'état du malade.

Vers le mois de janvier, il sort deux jours de l'hôpital et rentre. On lui administre des préparations de seigle ergoté.

Au commencement du mois de mars, il se plaint d'une douleur assez vive dans l'hypocondre droit. M. Cruveilhier qui a diagnostiqué la maladie de la vessie : fungus ou tumeur carcinomateuse de la vessie, pense qu'il s'est développé des tumeurs de même nature dans le foie.

Vers le mois d'avril, bien qu'aucun symptôme ne semble prendre d'intensité, la face du malade s'altère, la peau devient d'un jaune pathognomonique de la cachexie cancéreuse.

Il urine toutes les deux heures et toujours du sang.

Il succombe le lundi matin 9 avril. L'autopsie fut faite le mardi 30, vingt-huit heures après la mort.

La vessie renferme une tumeur rouge qui remplit toute sa capacité et qui est du volume du poing, peut-être un peu plus. Cette tumeur naît de la partie postérieure de l'organe par une base d'un tissu franchement encéphaloïde.

Les parois de la vessie semblent plus épaisses qu'à l'état normal.

Il existe dans le foie deux tumeurs carcinomateuses qui renferment un liquide semblable à la boue splénique.

Les reins présentent quelques traces de la maladie de Bright, cependant cela est assez mal déterminé. La substance corticale est un peu atrophiée, un peu jaune.

Dans cette observation nous ferons remarquer deux choses. C'est, d'une part l'évolution très rapide de la tumeur, et la précocité de sa généralisation attribuables à une malignité spéciale, et d'autre part, l'absence presque complète d'autres lésions vésicales ou rénales. Ici la mort paraît bien due à la cachexie cancéreuse.

OBSERVATION VI (Résumée.)

(Thompson. — *The Dublin quaterly journal of medical sciences*, 1860, tome XXIX, page 338.)

(Généralisation aux plèvres et au péritoine.)

G... S..., âgé de 60 ans, vient le consulter au mois d'août 1853. C'est un ancien soldat, de tempérament bilieux. Il n'a jamais commis d'excès. Point de goutte ni de syphilis. Sa grand'mère est morte d'un cancer de l'utérus.

Il y a trois ans, il reçut une violente contusion au niveau du périnée. Il en guérit rapidement. En 1851, il vint à Londres et, à la suite d'une course très fatigante, il eut une hématurie. Ce fut le début de sa maladie. A partir de ce jour, la miction devint difficile, douloureuse, en même temps elle augmentait de fréquence. Les hématuries se répétaient très souvent. L'état général

fut troublé et le dépérissement du malade augmenta très rapidement. Il va alors trouver plusieurs médecins, qui le soignent, les uns pour des calculs, les autres pour une tumeur de la prostate, etc. Thomson, de Liverpool, en examinant ses urines, y trouva des parcelles néoplasiques, d'où le diagnostic de tumeur maligne de la vessie. C'est alors qu'il vient consulter M. Thompson, à qui il raconte ses pérégrinations. Actuellement, il a des mictions fréquentes, difficiles, douloureuses. De temps à autre, il fait de la rétention complète. Pas d'hypertrophie de la prostate. Le jour, il est assez tranquille. La nuit, ses souffrances redoublent. Les urines sont tantôt claires, le plus souvent colorées, troubles, fortement ammoniacales et contiennent de l'albumine. Les hématuries, très fréquentes, surviennent subitement et sans cause appréciable. Elles ne ressemblent en rien aux hématuries des calculeux. L'appétit est faible, l'état général mauvais. De temps à autre, il est pris d'alternatives de constipation et de diarrhée. Puis surviennent des palpitations. Il accuse des attaques de pseudo-asthme. L'auscultation du poumon ne révèle aucun signe stéthoscopique. L'état général devient de plus en plus mauvais. Les mictions augmentent de fréquence. Les douleurs sont plus intenses. Il s'affaiblit progressivement et meurt le 18 juin 1854.

Autopsie. — Pas d'épanchements pleurétiques. Les deux plèvres présentent quelques dépôts mélanotiques. Les bronches congestionnées sont remplies de mucosités. Rien au cœur. L'abdomen est fortement tympanisé. Dans le tube digestif, on ne trouve que quelques traces de congestion et des hypertrophies glandulaires.

Le foie, la rate, le pancréas sont d'apparence normale.

Le *péritoine* présente des noyaux mélanotiques analogues à ceux des plèvres.

L'*urèthre* présente un rétrécissement à sa portion membraneuse.

La *vessie* est hypertrophiée, dilatée, déformée. Dans le triangle existe une tumeur de la grosseur d'une orange, offrant

l'aspect d'un chou-fleur et recouverte de végétations. A la partie postérieure de la vessie se trouve une tumeur semblable, mais dont le volume est moindre.

Abcès dans les reins dont la portion corticale avait en partie disparu.

OBSERVATION VII

(Féré. — *Cancer de la vessie*, 1881, page 82.)

(*Généralisation au rein.*)

Le nommé P..., âgé de 70 ans, entre le 24 août 1868, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

1^{er} septembre. — Le malade a eu du délire toute la nuit. Dans la région hypogastrique, on aperçoit une tuméfaction qui s'étend à cinq ou six travers de doigt au dessus du pubis et mesure à peu près une largeur égale. Elle est limitée au côté droit de la ligne blanche qu'elle ne semble pas dépasser. Fluctuation profonde. Sensibilité excessive à la pression.

Incision oblique d'environ 3 centimètres sur la partie moyenne de la tumeur; l'extrémité inférieure est dirigée vers le pubis. Les parois abdominales sont incisées sur toute leur épaisseur; un flot de pus mal lié, d'une odeur infecte s'échappe par l'incision et aussitôt on voit la tumeur s'affaisser. Le doigt introduit dans l'ouverture constate un large décollement vers la région médiane profonde. D'après cela, il semble que cet abcès urinaire est le résultat d'une infiltration urinaire, due à une érosion de la paroi vésicale interne par les incrustations qu'on sent par le cathétérisme.

Autopsie. — 11 octobre. — Cancer envahissant toute la paroi antérieure de la vessie. Le *rein* gauche présente un semis d'apparence cancéreuse. Le microscope a fait voir que ces petites saillies étaient cancéreuses. Pyélite.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Thompson. — Traduction de Jamin, 1885)

(Généralisation à la cuisse)

J. M..., âgé de 64 ans, entre à l'hôpital le 21 février 1883.

Durée des symptômes : un an. Sang dans les urines. Aucun détritüs caractéristique n'a été rencontré dans les urines. Tumeur large et sessile enlevée presque entièrement. Mort deux mois après avec généralisation néoplasique à la *cuisse*.

Examens histologiques par docteur H. Gebber. — Très nombreuses papilles frangées (villosités). Rien dans la structure n'indique la nature maligne de la tumeur.

OBSERVATION IX

(Albarran. — *Tumeurs de la vessie*, n° 66.)

(Généralisation au bassin.)

Homme de 45 ans, malade depuis dix-huit mois. Ce malade n'a jamais eu d'hématurie. Il a été opéré d'hydronéphrose et lorsqu'il est mort, trois mois et demi après, on a trouvé un néoplasme dans la vessie et un autre de même nature dans le *bassin* du rein opéré.

Il s'agissait d'un épithélioma carcinoïde contenant un grand nombre de fibres lisses dans le stroma.

OBSERVATION X

(G. Nicolich.— *Revista Veneta di scienze mediche*, 1889).

(Résumée in *Annales de Guyon*, 1890, page 241).

(Généralisation aux poumons).

S. G..., 60 ans, a, depuis quelque temps, des troubles de l'urine que le toucher rectal fait attribuer à une hypertrophie de la prostate avec cystite consécutive.

Le traitement de la cystite est institué et reste sans effet au bout d'un mois. Après avoir fait une boutonnière périnéale par la méthode de Thompson, l'auteur place un tube à drainage qui fonctionne mal. Il se décide alors à la cystotomie sus-pubienne pour placer un tube à drainage hypogastrique. Le tube fonctionne bien pendant les quatre jours que survécut le malade à la dernière opération.

A l'autopsie, on trouve une infiltration cancéreuse diffusée de toute la vessie avec noyaux dans les *poumons*. Rien dans les reins.

OBSERVATION XI

(Albarran.— *Tumeurs de la vessie*, n° 26).

(Généralisation au pubis, à la tête du fémur, aux poumons.)

Homme de 62 ans, ayant des hématuries depuis deux ans.

Taille hypogastrique. le 26 janvier. On trouve une large masse fongueuse très largement implantée. Extirpation partielle au galvano-cautère. Grattage. Cautérisation au thermo-cautère. Guérison.

Il s'agissait d'un épithélioma lobulé à cellules polymorphes.

Après l'opération, le malade reprend des forces, ne souffre plus et ses hématuries cessent. Mais peu à peu, son état général s'altère. Un gros abcès fait saillie dans la racine de la cuisse. On l'incise : la plaie cicatrise, mais bientôt il est évident qu'il existe à ce niveau une propagation du cancer.

Mort par cachexie un an après l'opération.

Autopsie. — Vessie petite; s'ouvre à la paroi abdominale par la fistule de la taille qui n'est pas envahie par le néoplasme. La tumeur est en plaque non saillante. Le long de l'uretère droit, masse d'aspect ganglionnaire. Enorme tumeur cancéreuse de la racine de la *cuisse* envahissant le *pubis* et la *cavité cotyloïde*. Cette tumeur n'est pas en continuité avec celle de la vessie. Elle est due à la généralisation comme les nombreux noyaux cancéreux des deux *poumons*. Rein aseptique.

OBSERVATION XII

(Kanamori.— *Wirehow's-Arch.*, 1897. Vol. CXLVII, p. 119)
(Résumée dans *Annales des Mal. des org. génit. urinaires*)

(Généralisation au foie).

Deux observations de carcinome de la vessie n'ayant présenté aucune particularité clinique méritent d'être relevées.

Dans le premier cas, l'autopsie montra l'existence de noyaux métastatiques dans la plupart des ganglions (mésentériques, bronchiques, cervicaux, etc.) et dans le *foie*. Il existait en outre une hydronéphrose droite et une hypertrophie compensatrice du rein gauche atteint de néphrite mixte. Dans l'estomac, se trouvait un ancien ulcère simple.

Dans le second cas, les métastases existaient dans l'*os iliaque* gauche, au niveau de la *cavité cotyloïde*, dans les *corps caverneux* du pénis et dans les ganglions rétropéritonéaux.

Le rein gauche était hydronéphrotique, le rein droit hypertrophié contenait un abcès.

Pour être aussi complet que possible nous citerons, sans insister, quelques autres cas de généralisation dans les néoplasmes de la vessie.

Holmes observa une tumeur secondaire dans les *membranes du cerveau*. (Transactions of the path. Soc. of London, 1863, t. XIV, p. 181.)

Charlton Bastian trouva des dépôts mélanotiques dans le *péritoine* et la *plèvre*. (Transactions of the path. Soc. of London, 1865, t. XVIII, p. 159.)

En 1872, Chouppe présente à la Société anatomique, une tumeur du col de la vessie, avec productions secondaires dans la *plèvre* et le *péritoine*, recueillie chez un homme mort à l'âge de 32 ans dans le service de Vulpian.

Le malade avait eu deux atteintes antérieures de diarrhée chronique. La miction était devenue difficile et douloureuse.

La tumeur était un carcinome de la muqueuse vésicale.

En 1877, Byron Bramwell publia (*The Medical Times and Gazette*, 1877, t. II, p. 669) un cas de cancer aigu ayant évolué très rapidement, à généralisations multiples et dont le point de départ paraît bien être la vessie. A l'autopsie, outre le cancer vésical, on trouva des noyaux secondaires dans le *foie*, les *plèvres*, la *vésicule biliaire*, les *méninges*, le *péritoine*, etc.

Dans son livre : *Tumeurs de la vessie*, M. Albarran

rapporte le cas suivant dû à Marchand (Cent. f. Chirurgie, 1878) :

Femme de 57 ans. Tumeur sessile de la grosseur d'une pomme située à la paroi postérieure de la vessie et au trigone. Début par une cystite. Pas d'hématurie.

Variété histologique : sarcome rondo-cellulaire.

Mort. Noyaux de généralisation dans les *poumons*.

Dans le cas de Küster : « Il y avait en même temps un cancer *du rein droit* et un polype de la vessie au niveau de l'uretère droit » et on peut se demander laquelle des deux tumeurs était primitive.

A ces faits déjà connus, mais épars dans les livres, nous allons ajouter trois observations inédites.

La première de ces observations est déjà ancienne ; elle remonte à plus de quinze ans. Nous la devons à l'obligeance de M. Bazy, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis. (Qu'il nous permette de l'en remercier ici publiquement.)

OBSERVATION XIII

Généralisation au rein et au poumon.

Pendant qu'il était à l'Hôtel-Dieu, où il remplaçait le professeur Richet, M. Bazy a eu l'occasion d'observer un cas très intéressant de tumeur vésicale.

Il s'agissait d'un homme déjà âgé, venu consulter à l'Hôtel-Dieu pour des troubles urinaires. Hématuries : mictions fréquentes et douloureuses ; cystite. Après une analyse minutieuse

des symptômes, on porta le diagnostic de tumeur de la vessie. Par l'exploration directe : sonde, toucher rectal, combiné au palper abdominal, M. Bazy put préciser le siège du néoplasme, qui infiltrait la plus grande partie de la paroi postérieure de la vessie. On ne pouvait à cette époque songer à une cure radicale. En outre l'état général du malade était mauvais, ce qui contre-indiquait toute opération.

Au bout de quelques jours, le malade se plaignit de douleurs lombaires siégeant du côté droit. Par une palpation attentive, M. Bazy reconnut une augmentation de volume du rein qui, coïncidant avec les phénomènes douloureux accusés par le malade, lui permit de porter le diagnostic de néoplasme rénal consécutif à celui de la vessie.

L'autopsie ne se fit pas attendre longtemps, et vint démontrer le bien fondé de cette hypothèse. Dans la vessie, tumeur du volume du poing, infiltrant la paroi postérieure. Le *rein droit* présentait des noyaux cancéreux assez volumineux. En outre, on constatait sur la languette antérieure du *poumon* droit l'existence de deux nodules cancéreux.

OBSERVATION XIV

(Que M. Albarran à qui nous devons cette observation, veuille bien accepter nos plus sincères remerciements.)

Généralisation au rein.

F..., âgé de 70 ans, entré le 30 mars 1898, salle Velpeau, lit n° 30 (Necker).

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Jamais de blennorrhagie.

Il y a six ans, le malade commence à uriner plus souvent. Toutes les heures le jour.

Il est soigné à la Charité (lavages de la vessie). Lorsqu'il cessait le traitement, le malade urinait cinq à six fois par jour.

Il y a trois mois, le malade commence à avoir des incontinences d'abord nocturnes, puis diurnes.

Les mictions sont fréquentes, difficiles, surtout la nuit.

Le 10 février 1898, le malade vient consulter à la salle de la Terrasse (Necker.)

On constate que les mictions sont fréquentes :

Le jour : Tous les quarts d'heure.

La nuit : Toutes les heures.

Elles sont impérieuses (incontinence), un peu difficiles, mais non douloureuses. Le malade pisse sur ses bottes.

La constipation est opiniâtre.

Le malade présente depuis huit jours des hématuries se reproduisant par intervalles. Les urines redeviennent claires pendant les intervalles.

Examen fait à la Terrasse, le 10 février 1898.

Urèthre : libre.

Vessie : pas de rétention. Capacité : une seringue saignant facilement.

Prostate : moyenne.

Vésicules séminales : la droite un peu grosse.

Traitement. — Lavages au nitrate d'argent à 1/1000. Instillations au nitrate d'argent à 1/100.

Le malade vient régulièrement trois fois par semaine, se faire soigner à la Terrasse.

Urinant plus souvent et souffrant davantage, le malade entre à l'hôpital le 30 mars 1898.

Examen fait par M. Albarran, le 1^{er} avril.

La prostate est un peu grosse.

On sent attendant à la vessie, une tumeur plus développée sur la partie gauche que sur la droite. Cette tumeur remonte jusqu'à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic. Cette tumeur se

renvoie du doigt introduit dans le rectum à la main qui palpe l'abdomen.

En le sondant la veille au soir, l'infirmier trouve dans un liquide sanguinolent quelques fragments épithéliomateux. On trouve un empatement profond de la fosse iliaque gauche.

Le 12 avril. — Décès.

Pendant son séjour à l'hôpital le malade a toujours eu une température normale.

Autopsie : 13 avril. — L'urèthre pénien présente quelques plaques qui produisent l'impression de plaques de leucoplasie.

Vessie : Grande, à parois épaisses. Tout le bas fond vésical est occupé par un énorme néoplasme qui fait une très forte saillie dans la cavité vésicale.

Les uretères sont légèrement dilatés, mais leurs parois ne sont pas malades.

Rein gauche : Normal.

Rein droit : Offre un bassinot très dilaté. A l'extrémité supérieure du rein il existe un nodule néoplasique gros comme une noix. Les ganglions pelviens sont envahis par le néoplasme.

Poumons : Congestion des deux bases.

L'examen microscopique du néoplasme de la vessie et du noyau du rein, a démontré qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé.

Au sujet de cette observation on peut se demander si la tumeur rénale n'est pas primitive au lieu d'être secondaire ; la vessie ayant été infectée par le rein. L'étude attentive de l'observation permet de rejeter cette hypothèse. Le volume relativement petit du noyau rénal, par rapport à la masse énorme de la vessie, l'engorgement des ganglions pelviens, l'absence totale de douleurs lombaires, de coliques néphrétiques, en un mot, de symptômes rénaux, prouvent surabon-

damment que le point de départ de l'infection est la vessie.

OBSERVATION XV

Cancer latent de la vessie. Généralisation au foie.

Cette observation a été recueillie dans le service de M. le docteur Brault, qui a pratiqué l'examen microscopique des divers organes et a bien voulu nous en communiquer le résultat.

Durand Adolphe, âgé de 66 ans, entre le 8 février 1898 à l'hôpital Tenon, selle Bichat, lit n° 17, dans le service de M. le docteur Brault.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : On ne trouve chez lui aucune maladie grave. Il dit être sujet à s'enrhumer l'hiver depuis plusieurs années.

Le début de sa maladie remonte à six mois. A ce moment-là, il commença à être gêné pour respirer et se plaignit d'essoufflements. A la même époque, il remarqua que ses jambes devenaient lourdes, surtout le soir, et qu'elles étaient enflées principalement autour des chevilles. Il y a un mois, il se mit à tousser. Depuis, sa toux a persisté, c'est ce qui l'a décidé à venir à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, le malade est très affaibli. Ses facultés intellectuelles sont fort déprimées. Il est somnolent et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Aussi son interrogatoire n'a-t-il été que d'une faible utilité pour reconstituer son histoire.

L'examen du malade donne les résultats suivants :

Le cœur ne paraît pas augmenté de volume. Sa pointe bat dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Les bruits du cœur sont sourds. On ne perçoit de souffle ni à la base, ni à la pointe. Par intervalle, il existe de l'arythmie. Enfin, on note de temps à autre un rythme de galop.

Le pouls est irrégulier, assez fort. L'artère radiale très sinueuse est indurée, calcifiée et roule sous le doigt sans se laisser déprimer. Elle présente une irrégularité de trajet. Elle passe sur la face externe du radius qu'elle contourne à trois travers de doigt environ au-dessus du poignet.

A la percussion, le poumon droit donne une sonorité normale en avant et en arrière. L'auscultation ne relève rien de particulier si ce n'est quelques râles sibilants disséminés avec prédominance au sommet.

Le sommet du poumon gauche présente de la matité, de la diminution du murmure vésiculaire, de l'augmentation des vibrations thoraciques et des râles sous-crépitants.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Il n'est pas douloureux à la pression.

La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Rien de particulier dans l'appareil digestif.

Oedème malléolaire : à ce niveau, le doigt détermine l'apparition d'un petit godet.

Les urines assez abondantes sont claires. Elles contiennent un gramme d'albumine par litre. Il n'y a pas de sucre.

Du côté du système nerveux, à part la dépression des facultés intellectuelles et l'état semi-comateux, on ne trouve rien de particulier. Le malade n'a pas eu de céphalalgie, ni de troubles oculaires.

Il n'a jamais souffert pour uriner. Pas de troubles des mictions sous le rapport de la fréquence, de la difficulté ; les urines ont toujours été normales comme quantité et comme qualité.

Le malade n'a pas de fièvre.

Diagnostic : athérome certain ; affection rénale douteuse ; affection cardiaque ou aortique possible ; bacilliose au début.

On le met au régime lacté et on lui donne de la théobromine comme diurétique.

L'état du malade change peu. Pendant un mois, il a présenté les mêmes symptômes. Jusqu'au 14 mars, la quantité d'urine

éliminée par jour a varié de deux litres à deux litres et demie contenant environ deux grammes d'albumine.

Puis tout à coup la température normale jusque-là s'élève.

Elle dépasse 38°. Le pouls devient rapide et plus irrégulier. L'amaigrissement fait des progrès sensibles.

22 mars. — Le malade a de la fièvre, depuis quelques jours 38°1. Le pouls est à 120. Arythmie et bruit de galop au cœur.

On ne sent pas la crosse aortique au-dessus de la fourchette sternale. La toux est plus fréquente. Le malade s'affaiblit. Les urines sont troubles, mais de couleur jaune, et ne donnent pas de dépôt purulent.

2 avril. — L'état général s'est aggravé. Aux troubles précédents est venu s'ajouter l'incontinence absolue des urines et des matières. La température reste voisine de 38°. Comme le cœur avait légèrement faibli; on avait supprimé la théobromine et on avait administré XL gouttes de digitaline Adrian (23 mars). La quantité d'urine émise a diminué ainsi que l'albumine. Le malade très anémié est dans un état semi-comateux.

8 avril. — Etat stationnaire. L'incontinence persiste. Le membre inférieur droit présente un œdème énorme.

Le malade ne se plaint d'aucun point douloureux. Les urines ont conservé les mêmes caractères.

16 avril. — Mort dans le coma à deux heures de l'après-midi.

Comme le malade n'avait jamais accusé de douleurs dans le bassin et n'avait pas présenté de troubles urinaires (si ce n'est à la dernière période où ils furent attribués au coma) le toucher rectal avait été négligé ainsi que l'examen microscopique des urines.

Jusqu'au 20 mars, les urines émises quotidiennement dépassaient deux litres et l'albumine deux grammes. La température était normale.

A partir de ce moment, la température s'est élevée pour atteindre une moyenne de 38°5 jusqu'au 1^{er} avril; puis elle a diminué avec de nombreuses oscillations et s'est maintenue à une moyenne

de 38° jusqu'au dernier jour où elle est tombée à la normale.

Dans cette seconde période les courbes de l'albumine et des urines ont baissé parallèlement.

Autopsie. — Elle fut faite quarante-quatre heures après la mort.

Le poumon gauche présente au sommet de l'infiltration tuberculeuse et du ramollissement dans son tiers supérieur.

A la base, on constate de l'emphysème.

Le poumon droit est presque indemne, quelques granulations au sommet. Pas de noyaux cancéreux.

Le cœur pèse 340 grammes. Pas de lésions des orifices, sauf quelques plaques athéromateuses peu marquées à l'orifice aortique.

L'artère coronaire gauche est absolument saine à son origine. Mais à quelque distance de l'aorte elle présente, sur un trajet de 4 centimètres, une infiltration calcaire très marquée. Au-delà elle redevient normale. L'artère coronaire droite est saine sur tout son parcours.

L'aorte présente quelques plaques d'athérome peu accentuées. Elle est presque normale.

Les artères radiales sont indurées et calcifiées sur toute leur longueur.

Les artères iliaques et rénales sont saines.

Sur les sylviennes on trouve quelques plaques athéromateuses disséminées.

Le foie pèse 1850 grammes. Il est farci de gros noyaux cancéreux disséminés à sa surface et dans toute son épaisseur.

Le pancréas, l'estomac, l'œsophage sont sains.

En ouvrant la vessie on voit que ses parois antérieures et latérales sont épaissies tandis que sa paroi postérieure est envahie par une tumeur. Cette masse néoplasique infiltre la paroi, mais se propage peu du côté du rectum. Au contraire elle fait saillie dans la cavité vésicale que l'on trouve partiellement comblée par une masse bourgeonnante épithéliomateuse.

La prostate paraît saine.

Si de la vessie on remonte le long des uretères, on voit que l'uretère gauche, à deux centimètres de l'orifice vésical, présente greffée sur la paroi interne une production épithéliomateuse en chou-fleur, qui l'obture presque complètement. Au-dessus il présente une dilatation marquée.

L'uretère droit est libre dans tout son trajet, mais ses parois sont infiltrées de néoplasme dans le voisinage de la vessie. Au-dessus, il est dilaté ainsi que le bassinet correspondant.

Le rein gauche pèse 80 grammes seulement. Il est le siège d'une hydronéphrose de la grosseur du poing. Le tissu rénal presque entièrement détruit n'a plus que deux millimètres environ d'épaisseur.

Le rein droit a subi une hypertrophie compensatrice. Il pèse 240 grammes. Son bassinet distendu a le volume d'une mandarine. Le tissu rénal paraît sain.

Enfin sur toute la hauteur de la colonne vertébrale existe une masse de ganglions cancéreux très hypertrophiés offrant à la coupe un aspect lardacé. Certains de ces ganglions dépassent le volume d'un marron. D'autres ont la dimension d'un pois ou d'une petite lentille. Leur nombre est très considérable. Cette masse monte en engainant les vaisseaux surtout l'aorte, l'infiltration cancéreuse des ganglions s'étend de la vessie jusqu'au diaphragme, le traverse, et se prolonge sur toute la hauteur du médiastin postérieur. Plusieurs ganglions volumineux étaient accolés à la crosse de l'aorte.

A l'examen microscopique, la tumeur est constituée par un épithélioma pavimenteux tubulé dont les cellules sont très adhérentes entre elles. La structure est la même au niveau de la vessie, de l'uretère, dans les ganglions et dans le foie. Les nodules cancéreux développés dans ce dernier organe sont surtout apparents autour des veines portes interlobulaires. Cependant de petits nids cellulaires comprenant à peine quelques cellules, avoisinent les régions centrales des lobules non loin de la veine sus-hépatique.

Le type histologique de cette tumeur est fréquemment observé dans la vessie.

Les noyaux épithéliomateux greffés sur l'uretère gauche et d'apparence assez récente, contenaient une proportion assez notable de glycogène. Les tumeurs secondaires du foie en contenaient beaucoup, fait d'autant plus remarquable que les lobules hépatiques eux-mêmes en paraissaient presque tous dépourvus. La tumeur présentait donc, dans ces foyers d'envahissement, une très grande activité.

En somme, il s'agit ici d'une carcinose vésicale très nette dont l'évolution a passé complètement inaperçue par manque de signes physiques et pénurie de troubles fonctionnels, l'état de torpeur dans lequel était tombé le malade dans les derniers jours pouvant être attribué à la fièvre ou à une cachexie tuberculeuse.

L'albuminurie pouvait être la conséquence soit de la tuberculose (dégénérescence amyloïde possible), soit d'une néphrite peu avancée encore puisque le malade n'avait présenté aucun trouble pouvant être logiquement rapporté à l'urémie. En présence de certains signes on pouvait être tenté cependant de conclure sans hésitation à l'existence d'une néphrite : on avait en effet, en faveur de cette idée, d'une part, la constatation d'un bruit de galop intermittent il est vrai, mais très caractéristique ; et de l'autre, l'induration manifeste des artères radiales dans tout leur trajet apparent. Néanmoins ce diagnostic ne fut pas porté dans le service, parce que, ainsi que le faisait remarquer M. Brault, le cœur ne présentait pas d'hypertrophie réelle, que le pouls ne donnait pas d'hypertension et que l'incrustation des artères n'avait en soi aucune valeur. Les phénomènes perçus du côté du cœur et de l'aorte étaient trop vagues aussi pour autoriser une conclusion ferme. Restait du côté de la poitrine une tuberculose évidente mais relativement peu avancée. L'histoire clinique de ce malade qui allait s'affaiblissant, présentait donc plusieurs inconnues que l'autopsie seule permit de reconnaître. Le cancer de la vessie fut donc ici, à tous les points de vue, un

cancer latent. Il était en outre facile de poser plusieurs diagnostics absolument erronés.

Cette observation est intéressante à un double point de vue : tout d'abord à cause des nombreux noyaux secondaires trouvés dans le foie, et ensuite parce que le néoplasme vésical a présenté une évolution toute particulière.

En effet, il n'a donné lieu à aucun symptôme des tumeurs vésicales. L'hématurie a toujours fait défaut. Les urines n'ont jamais présenté de coloration anormale ou des signes de purulence. Point de troubles de la miction, point de douleur, si ce n'est à la période terminale où l'on pouvait raisonnablement les attribuer à d'autres causes.

Dans ces conditions, on ne pouvait songer à une affection organique de la vessie, aussi le toucher rectal et l'examen microscopique des urines, qui eussent pu donner quelques renseignements ne furent pas pratiqués.

Cette évolution anormale, latente, est très rare dans les néoplasmes de la vessie. M. Feré, dans son très intéressant mémoire sur le « *Cancer de la vessie* » n'en cite qu'un exemple : nous le reproduisons *in extenso* :

OBSERVATION XVI

(Duplay. — *Gazette de Paris*, 1849, p. 353.)

Cancer latent de la vessie.

Homme âgé de 79 ans, qui succombe à l'hospice des incurables.

bles, sans s'être jamais plaint des voies urinaires. L'autopsie a montré, outre des tubercules dans les poumons, une production fongueuse au bas-fond de la vessie, production formée par une foule de filaments très larges, très ténus et très ramifiés. Ces filaments ont leur siège dans la membrane muqueuse. Ils renferment dans leur sein des cellules cancéreuses terminées par des prolongements caudiformes. Les autres parties des voies urinaires étaient à l'état normal.

M. Albarran en a vu un autre cas. Il s'agissait d'un malade mort d'une affection médicale, ne s'étant jamais plaint de symptômes urinaires et dans la vessie duquel il trouva un petit polype gros comme une cerise.

A ces observations, nous pouvons en ajouter deux autres. L'on verra que, là aussi, les symptômes urinaires ont fait défaut et que les néoplasmes vésicaux ont donné lieu à une symptomatologie tout à fait différente de celle qu'on leur connaît et capable d'induire en erreur les cliniciens les plus consommés.

Les deux observations suivantes sont inédites. Elles paraîtront prochainement dans le *Bulletin de la Société anatomique*. Tous nos remerciements à leurs auteurs, qui ont bien voulu nous les communiquer.

OBSERVATION XVII

(Dr Morestin. — Société anatomique, 1^{er} juillet 1898.)

Cancer fruste de la vessie.

Homme de 35 ans. Entra au commencement du mois de mai 1898 dans le service de M. le professeur Le Dentu, pour une grosse tumeur siégeant à la partie inférieure de l'abdomen. Le malade en a constaté la présence cinq ou six mois auparavant. Cette tumeur, située sur la ligne médiane au niveau de la région hypo-

gastrique, avait d'abord fait songer à une vessie distendue. Mais après un séjour dans un service d'urinaires, on avait cru pouvoir éliminer cette interprétation et le malade fut ainsi renvoyé dans uu service de chirurgie générale.

La tumeur remonte jusqu'à l'ombilic; de chaque côté, elle s'étend dans les fosses iliaques, empiétant un peu plus à gauche qu'à droite. Elle forme une saillie du volume d'une tête, déformant considérablement la région hypogastrique. Cette tumeur est mate à la percussion, de consistance ferme et même dure. On n'y perçoit en aucun point de la fluctuation. On ne peut la déplacer dans aucun sens. Elle semble fixée au bassin. Le malade à aucun moment n'a eu de troubles urinaires. Il n'a jamais eu d'hématuries. L'urine est demeurée claire et limpide et sa quantité n'excède pas les proportions normales. Le toucher rectal montre que la cavité pelvienne est remplie par la tumeur. Celle-ci se montre comme bosselée à cette exploration. Le cathétérisme de la vessie n'évacue qu'une petite quantité d'urine. La sonde est introduite sans difficulté et sans saignement. L'exploration de la cavité vésicale avec un cathéter métallique n'a pas été faite en présence des renseignements négatifs donnés par l'introduction de la sonde en gomme et de l'absence de tout symptôme fonctionnel du côté de la vessie. On s'arrêta au diagnostic de sarcome ayant pour point de départ probable le squelette du bassin.

Au commencement du mois de juin, le malade éprouve quelques difficultés à uriner. La miction n'était pas douloureuse mais l'émission de l'urine ne pouvait être obtenue qu'avec difficulté. On admit alors qu'il y avait compression du col de la vessie comme du rectum par la tumeur pelvienne. On eut recours à des cathétérismes quotidiens. Au bout de quelques jours, l'urine **commença** à se troubler, à contenir du pus, et l'on pensa qu'il y avait eu une infection vésicale, au cours de ces opérations pratiquées par des mains différentes, parfois insuffisamment expérimentées.

Le malade déclina brusquement. Il présenta quelques vomissements, de l'assoupissement et succomba le 10 juin.

A l'autopsie on trouva une méningite suppurée, qui avait été évidemment la cause des accidents terminaux et de la mort rapide du malade.

Il n'y avait rien du côté des organes thoraciques, ni du côté du foie, ni du côté de l'intestin.

Contrairement à ce qu'on avait pensé, les os du bassin étaient absolument intacts. La tumeur était formée par la vessie transformée en une masse dure, épaisse, résistante, incapable de se distendre et de revenir sur elle-même. A la coupe, la paroi vésicale présentait à sa partie inférieure, au niveau du bas-fond, de ses faces latérales une épaisseur de près de deux travers de doigt et au sommet, plus d'un travers de doigt. Dans l'intérieur de la vessie on voyait une demi-douzaine de grosses bosselures non ulcérées. Autour de la vessie se trouvaient des masses secondaires formées par les ganglions du bassin dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf. La surface de coupe de la paroi vésicale et de ses ganglions présentait un aspect identique, une coloration blanchâtre encéphaloïde.

La prostate était envahie mais à peine dans la région en contact avec la vessie. Elle était à peine augmentée de volume. Dans son épaisseur était un petit abcès.

Il y avait de chaque côté de l'urétérite et de la pyélonéphrite. A droite se trouvait un abcès péri-rénal situé entre le parenchyme du rein et sa capsule.

Certes on ne peut pas dire que ce cancer ait évolué d'une façon latente, puisqu'il s'est montré sous forme d'une masse volumineuse, remplissant la cavité pelvienne faisant saillie à la région hypogastrique, et dont le malade s'était aperçu depuis longtemps. Mais nous sommes tellement habitués à voir les tumeurs de la vessie provoquer des hématuries, de la cystite, des

troubles de la miction, que lorsque ces symptômes viennent à faire défaut, nous écartons malgré nous l'idée d'un néoplasme de cet organe ; et nous commettons ainsi une erreur de diagnostic, due non pas à l'évolution latente de la lésion, mais à l'absence de sa symptomatologie habituelle. Dans le cas particulier, l'erreur était d'autant plus difficile à éviter, que d'autres arguments plaidaient en faveur de l'origine osseuse de la néoplasie : son volume énorme, son immobilité, les connexions intimes qu'elle paraissait avoir avec les parois du bassin, la compression tardive du col vésical et du rectum. Il semble que la dénomination de cancer fruste conviendrait à cette observation, puisque la tumeur ne s'est révélée que par un seul signe difficile à interpréter.

OBSERVATION XVIII

Pseudo-brightisme traduisant cliniquement une hydronéphrose double produite par un cancer latent de la vessie, par M. de Gennes, médecin des hôpitaux et M. V. Griffon, préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique. (Société anatomique, 1^{er} juillet 1898).

Le même jour, M. Morestin avait présenté à la Société anatomique, les pièces de l'observation précédente. A ce sujet, M. Brault avait fait remarquer la rareté de ces cancers latents de la vessie (dont il avait observé un cas), qui, cliniquement, ne se manifestent par aucun symptôme.

Les pièces que nous avons l'honneur de présenter sont à rapprocher de celles que vient de nous montrer M. Morestin.

Elles confirment la remarque de M. Brault.

Il s'agit d'un cancer de la vessie demeuré complètement latent, masqué pendant toute la vie du malade par des signes du mal de Bright, lesquels relevaient non pas de l'artério-sclérose rénale, mais d'une hydronéphrose bilatérale consécutive à l'obstruction partielle par le cancer des ouvertures des uretères dans la vessie.

Le malade, homme de 60 ans, obèse, grand buveur, était entré à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Dieulafoy, en 1896, salle Trousseau, lit n° 8, pour de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum.

On lui trouva dans l'urine un gramme d'albumine environ par litre. Tout cela disparut assez vite par le repos et le régime lacté. On porta le diagnostic de néphrite interstitielle chronique car le malade présentait depuis quelque temps tous les accidents des brightiques : il était pâle, facilement oppressé, réveillé la nuit par des crampes et des accès de suffocation. On voyait au niveau des tempes l'artère temporale se dessiner très flexueuse, la radiale était dure. Il se plaignait de maux de tête, de bourdonnements d'oreille, de troubles de la vue (mouches volantes), de sensation de doigt mort, demangeaisons en diverses régions du corps, sans éruptions.

A différentes reprises, il se produisit des épistaxis survenant le jour comme la nuit.

Enfin on notait de la pollakiurie et de la polyurie,

Le diagnostic de mal de Bright s'imposait d'autant plus que l'auscultation du cœur faisait entendre parfois un bruit de galop.

C'est comme brightique que nous avons soigné ce malade pendant plusieurs semaines, lorsque M. le professeur Dieulafoy nous eût laissé son service pour prendre celui de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les épistaxis revenaient abondantes et fréquentes ; les urines

étaient pâles, peu denses, non albumineuses. Les mictions étaient fréquentes et abondantes. On recueillait 4 ou 5 litres d'urine dans les 24 heures. Jamais d'hématurie ni de pyurie.

Il ne survint pas d'amaigrissement. Le seul symptôme qui eut pu attirer l'attention sur les voies urinaires fut dans les derniers jours, une soif vive sans sécheresse de la langue cependant; une dysphagie buccale insuffisante à elle seule pour imposer un diagnostic que l'examen des organes ne suscitait nullement.

Le malade s'affaiblit et mourut un jour presque subitement.

L'autopsie nous réserve une surprise.

Autopsie. — Homme ayant conservé son embonpoint.

Au lieu des lésions de néphrite atrophique auxquelles on s'attendait on trouva deux reins de moyennes dimensions, lisses, non bosselés se décortiquant bien sans granulations et sans cicatrices apparentes après la décortication. Le rein gauche offre cependant à son extrémité supérieure un kyste séreux de la grosseur d'une noisette. A la coupe, la substance corticale est un peu diminuée d'étendue, mais ce qui frappe surtout c'est la béance des artères de la voûte artérielle du rein, lesquelles sont très apparentes.

On constate par contre une dilatation considérable des uretères, des bassinets, des calices. Recherchant la cause de cette hydronéphrose bilatérale, on la trouve dans un cancer végétant dans la cavité vésicale et comprimant les deux uretères à leur extrémité inférieure.

Ce néoplasme apparaît sous la forme de végétations presque toutes sessiles, dont les plus grosses atteignent le volume d'une lentille. Isolées ou confluentes, elles abondent surtout au niveau des orifices urétéraux et uréthral; elles sont disséminées en moins grand nombre sur la paroi postérieure de la vessie jusqu'au sommet, séparées à ce niveau par des portions de muqueuse saine. Elles descendent dans l'urèthre prostatique jusqu'au sommet du verumontanum; elles remontent d'autre part dans l'uretère gauche occupant la paroi de ce conduit sur une étendue de 5 à 6 centimètres; les 3 à 4 centimètres inférieurs se trouvent

indemnes, les végétations n'occupent qu'une certaine portion distante de l'orifice de l'uretère dans la vessie.

La paroi vésicale est épaissie par une hypertrophie de la couche musculaire. Les végétations font saillie à la surface de la muqueuse et ne sont nulle part ulcérées. La surface interne de la vessie présente l'aspect à colonnes. Les orifices urétéraux sont véritablement perdus au milieu des végétations cancéreuses. La vessie est entourée d'un tissu graisseux abondant, au milieu duquel on trouve des ganglions du petit bassin manifestement cancéreux. L'hypertrophie ganglionnaire ne dépasse pas les limites du petit bassin. On ne trouve dans aucun viscère des noyaux de généralisation.

Au microscope, il s'agit, aussi bien sur les coupes des végétations vésicales, que sur celles des ganglions voisins, d'un carcinome alvéolaire à cellules atypiques.

Les auteurs font suivre leur observation des réflexions suivantes : Les cancers vésicaux se manifestent par une série de signes physiques, de symptômes fonctionnels et généraux qu'il est rare de voir manquer au complet comme dans le cas actuel.

A cette particularité de latence absolue qui se rencontre dans notre observation, nous pouvons ajouter les caractères de l'excrétion urinaire qui ne sont pas ceux que l'on décrit d'ordinaire dans les hydronéphroses : « La qualité et la quantité des urines ne présentent en général aucune altération » dans l'hydronéphrose écrit M. Tuffier ; excepté naturellement dans la forme intermittente dont il ne saurait être question ici, la quantité des urines ayant toujours été régulièrement abondante sans oscillations, sans débâcles.

« Sauf dans les cas d'hydronéphrose double il n'existe aucune modification dans la quantité ni dans la qualité des urines émises » dit M. Hallion dans son article du *Manuel de médecine*, mais l'auteur ne dit pas ce qui se passe dans les cas d'hydronéphrose double.

Il est intéressant de voir dans notre cas un obstacle à l'excrétion de l'urine amener une hypersécrétion en amont et finalement une hyperexcrétion. Loin de la diminuer, le rétrécissement de l'uretère a, au contraire, exagéré la quantité d'urines émises. C'est ce caractère des urines qui avait suscité le diagnostic du mal de Bright, lequel se trouvait confirmé par l'examen du malade.

Nous n'ajouterons rien à ces remarques qui montrent clairement les difficultés insurmontables que peut présenter le diagnostic d'un cancer de la vessie se manifestant par des symptômes anormaux.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble de nos observations : on voit que nous devons les diviser en deux catégories : 1° celles qui ont trait à la généralisation ; 2° celles qui se rapportent à la latence.

Les premières nous montrent que des noyaux secondaires, dans les tumeurs de la vessie, ont été observés dans presque tous les organes de l'économie mais avec une fréquence variable pour chacun d'eux : Parmi ceux qui ont été pris : le poumon, le foie, le rein, semblent être des sièges de prédilection. On

devra en tenir compte en clinique et en présence d'un néoplasme vésical : il faudra explorer avec soin ces organes, rechercher minutieusement leurs troubles fonctionnels ; en un mot s'assurer de leur intégrité ou tout au moins, rapporter à leurs vraies causes les symptômes qu'ils présentent.

La fréquence de ces localisations aux poumons au foie ou au rein, n'a rien de spécial aux tumeurs vésicales. Elle s'explique facilement par les données que nous fournissent l'anatomie et la physiologie pathologique.

Nous savons en effet que la généralisation des néoplasmes se fait par deux voies différentes : la voie lymphatique et la voie sanguine. Les vaisseaux lymphatiques issus de la vessie, qu'ils aboutissent au canal thoracique, ou à la grande veine lymphatique finissent par déverser leur contenu dans la veine cave supérieure. Les germes morbides qui auront suivi cette voie, à moins qu'ils ne soient arrêtés en route (engorgement ganglionnaire et lymphangite) arriveront dans la oreillette droite par l'intermédiaire du courant sanguin. D'un autre côté, les veines de la vessie, aboutissant à la veine cave inférieure apporteront aussi d'autres éléments d'infection. Le sang contenu dans l'oreillette droite a donc les plus grandes chances d'être contaminé. Or ce sang pour se revivifier est obligé de passer par les poumons où il trouvera un réseau capillaire d'une très grande abondance et d'une finesse extrême. Rien d'étonnant si l'embolus néoplasique est arrêté dans sa course. C'est

dans les poumons qu'il rencontre les premiers obstacles.

Le sang revenant de la vessie ne suit pas toujours la veine cave inférieure. Les veines vésicales issues du bas fond et de la région du trigone communiquent par de larges anastomoses avec les hémorroïdales moyennes. Par l'intermédiaire de ces dernières le sang gagne la veine porte, et passe dans le foie avant d'arriver au cœur. Le mode de division de la veine porte, l'existence d'un fin réseau de capillaires constitue une condition très favorable pour l'arrêt des embolus infectieux dans le foie sans compter qu'il peut en recevoir par l'intermédiaire de la grande circulation.

Une fois dans la grande circulation, les embolus néoplasiques peuvent prendre toutes les directions, envahir toutes les régions mais ils auront d'autant plus de chance de s'arrêter dans un organe, que celui-ci offrira plus d'obstacles à leur migration. Sous ce rapport le rein est dans les meilleures conditions à cause du double système de capillaires (glomérules et capillaires de nutrition) qu'y rencontre le sang.

Les circonstances dans lesquelles se développent ces métastases ne sont pas moins importantes à connaître que leur siège. De l'étude de nos observations, il résulte qu'elles surviennent à une période tardive de l'évolution des tumeurs vésicales. Si l'on en excepte les deux premières où l'organisme semble avoir été infecté de bonne heure, les autres nous montrent la généralisation coïncidant avec une

longue existence des néoplasmes. De plus ces néoplasmes ne sont pas restés pédiculisés, ils infiltrent profondément les parois vésicales s'ils ne les ont pas dépassées. Enfin on remarquera que dans la plupart des faits rapportés la mort est attribuable non pas aux complications habituelles des tumeurs de la vessie, mais bien à la cachexie cancéreuse ou aux troubles fonctionnels causés par l'apparition des noyaux secondaires.

Le diagnostic de ces noyaux secondaires est très difficile, quelquefois même impossible. A part quelques cas où il s'imposait (observations I, VIII, X) le plus grand soin est nécessaire pour arriver à le faire. Une douleur persistante à l'hypocondre droit, des alternatives de constipation et de diarrhée, des phénomènes asthmatiques, l'existence d'une tumeur à la région lombaire, tels sont les divers symptômes qu'on a relevés et qui ont permis d'affirmer ou tout au moins de soupçonner des métastases dans le foie, le péritoine, le poumon, le rein. Souvent même ces troubles sont peu accusés. Les noyaux secondaires se développent sans bruit, sans fracas. Les symptômes auxquels ils donnent lieu sont masqués par ceux de la tumeur principale, ils passent inaperçus et le diagnostic ne se fait qu'à l'autopsie.

Tels sont les enseignements que comportent les observations de la première série; celles de la seconde, nous en fournissent d'autres non moins intéressants.

Tout d'abord on ne conçoit guère une affection organique de la vessie évoluant sans donner lieu à

aucun symptôme urinaire. Du moment que la vitalité de l'organe est compromise, il semble que sa fonction doive en ressortir le contre-coup. Généralement pour ne pas dire toujours, il en est ainsi. Les rares exemples, que nous rapportons, et où aucun trouble fonctionnel n'a été observé, ne sont que des exceptions dignes d'être signalées, mais dont on ne saurait tirer aucune indication générale pour le diagnostic.

Un autre fait remarquable, mis en évidence par notre dernière observation c'est de voir une tumeur vésicale prendre le masque d'une autre maladie, en offrir tous les symptômes et en simuler l'évolution au point de tromper les esprits les moins prévenus. Ce sont des cas qui déroutent le clinicien et on aurait mauvaise grâce à lui imputer une erreur de diagnostic impossible à éviter.

De l'étude de nos observations, et des explications qui les suivent nous nous croyons autorisé à pouvoir tirer quelques conclusions résumées dans les propositions suivantes.

III

CONCLUSIONS

A

1° La généralisation est une complication peu fréquente des tumeurs vésicales.

2° Les noyaux secondaires ont été observés dans presque tous les organes ;

3° Ils ont une prédilection marquée pour les poumons, le foie, les reins ;

4° Ils apparaissent à une période tardive de l'évolution des tumeurs vésicales et alors que ces dernières ont infiltré profondément les parois de la vessie. Les exceptions à cette règle sont très rares ;

5° En général, ils coïncident avec un état satisfaisant des voies urinaires et une absence des complications rapidement mortelles, si fréquentes dans les cancers de la vessie ;

6° Le diagnostic de ces noyaux secondaires, simple dans quelques cas, est le plus souvent très difficile et ne se fait qu'à l'autopsie.

B

1° Les tumeurs de la vessie, dont la symptomatologie est si caractéristique, évoluent parfois d'une façon insidieuse, latente, sans provoquer aucun trouble fonctionnel ;

2° Elles peuvent simuler d'autres maladies et donner lieu à des erreurs de diagnostic, reconnues seulement après la mort du malade.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran.* — Tumeurs de la vessie, 1892.
Clado. — Tumeurs de la vessie, 1895.
Féré. — Du cancer de la vessie, 1881.
Pousson. — Thèse de Paris, 1883.
Bulletin de la Société anatomique, 1872.
Annales des maladies des organes génitaux urinaires.
Guyon. — Des affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.
Finck. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme. Thèse de Lyon, 1896-1897.
Bensa. — Extirpation de la vessie pour cancer. Thèse de Paris, 1896.
Revue de chirurgie, 1885-1888.
Ricard. — Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique ; de la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. Thèse Paris, 1885.
Gazette des Hôpitaux, 1844.
Transactions of the patholog. Societ. of London, 1863-1865.
The Dublin quaterly, journal of medical scienc., 1860.
Verniol. — Du cancer primitif de la vessie. Thèse de Paris, 1873.
The medical Times and Gazette, 1877. T. II, p. 669.
Auslin — Diagnostic des néoplasmes de la vessie. Thèse de Paris, 1889-1890.

Broca. — Traité des tumeurs.

Guiard. — Archives générales de médecine. T. I, 1891.

Gazette de Paris, 1845.

Testut. — Anatomie.

A. Després. — Diagnostic des tumeurs.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Sappey. — Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques, 885.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie.

Manuel de Médecine, par Debove et Achard.

Dictionnaire de Dechambre : Art. Vessie, p. 388.

